

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 2

FACULTÉ DE MÉDECINE

Complications Oculaires des Oreillons

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Décembre 1938

PAR

Habib EL SEFNAWI

Né à El Kou El Akhdarr (Egypte), le 1 Août 1905

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention Médecine)

JURY :

MM. VILLARD, Professeur, Président.

ETIENNE, Professeur

DEJEAN, Professeur

MOURGUE-MOLINES Agr. }

Assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

—
1938

COMPLICATIONS OCULAIRES DES OREILLONS

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 2

FACULTÉ DE MÉDECINE

Complications Oculaires des Oreillons

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Décembre 1938

PAR

Habib EL SEFNAWI

Né à El Kom El Akhdar (Egypte), le 1 Août 1905

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(Mention Médecine)

JURY :

MM. VILLARD, Professeur, Président,

ETIENNE, Professeur

DEJEAN, Professeur

MOURGUE-MOLINES Agr.

} *Assesseurs*

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, RUE DES SAUVAGES

MONTPELLIER

—
1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et Toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAT, assesseur
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	EN
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie maxillo-faciale	TERRACOL
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, GALAVIELLE
BO-CVILLARD, VIREN, CABANNES

Charges de Cours Complémentaires

Histoire Naturelle Médicale	H. BANT, Dr.
Pathologie médicale et Clinique propédeutique médicale	BAUDEL, agr.
Clinique propédeutique médicale	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, agr.
Clinique phthisiologique	BOUDET, prof.
Pathologie expérimentale	CUBEL, agr.
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire	ROUX, agr.
Accouchements	N.
Stomatologie	FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice

Bactériologie	CARRERE
Médecine	JANBON
	BAUMEL
	P. RIMBAUD
	LAFON, chargé,
	BOUCOMONT, ch. d'agr.
Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Chimie	Dr MONNIER, ch. d'agr.

Examinateurs de la Thèse

MM. VILLARD, Prof. président
ETIENNE, Prof. enseignant
MM. DEJEAN, Professeur
MOURGUE-MOLINES, Agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



IN MEMORIAM

A MON PÈRE

*Qui désirait me voir mède in et à
qui je n'ai pu rendre sa tendresse.*

A MA SŒUR

V^e 1875
IV 1875

A MA MÈRE

*Dont la vie est toute consacrée au
bonheur de ses enfants. Je lui offre ce
délicieux fruit, recueilli de mes sueurs
et mes veilles et imprégné de mon
amour filial, pour lui amener quelques
joies après la perte de son cher mari.*

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A TOUS MES AMIS

A SON EXCELLENCE M. MAHMOUD FAKHRY PACHA
Ministre Ambassadeur d'Egypte à Paris

Hommage respectueux

A SON EXCELLENCE M. LE DOCTEUR MOHAMED FAHMY BEY

Directeur de la Maison Scolaire

Profonde gratitude.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. VILLARD

Professeur Honoraire de Clinique Ophtalmologique

Qui nous a sans cesse prodigué sa haute érudition et sa magnanime bienveillance, et qui a bien voulu nous faire le grand honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'accepter sa présidence.

En témoignage sincère de reconnaissance pour sa sympathie à mon égard et de profonde admiration.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEJEAN

Professeur de Clinique Ophtalmologique

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ

MOURGUE-MOLINES

*Qui ont bien voulu nous faire
l'honneur de former notre jury de
thèse.*

*Qu'ils soient assurés de mes plus
profondes grâces.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIALLEFONT

Chef de Clinique Ophtalmologique

*Qui m'a aidé dans l'édification de
cette thèse.*

*Qu'il soit persuadé de mon entière
reconnaissance et mes vifs remercie-
ments.*

A MES MAITRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

Préface

Cette circonstance, qui marque le terme de mes études médicales, me présente l'occasion heureuse de remplir un devoir bien doux, en exprimant ma profonde gratitude à mes Maîtres éminents, de la plus noble et la plus vieille des Facultés, dont j'ai reçu leurs enseignements si brillants et leurs doctrines si précieuses.

En inscrivant à la tête le nom de notre cher Maître, M. le Professeur Villard, c'est auprès de ce grand Maître que nous avons trouvé toute tendresse et toute compassion paternelle, comme nous avons trouvé également, dans son service un accueil familial, où nous avons profité de ses expériences et de ses savantes leçons. Je le remercie vivement pour le très grand honneur de m'inspirer ce sujet et d'accepter la présidence de ma thèse et pour l'exquise bienveillance dans toute la durée de mes études médicales. Qu'il trouve ici ma plus profonde reconnaissance et ma plus sincère gratitude.

Je remercie également M. le Docteur Viallefant qui a bien voulu nous faciliter notre tâche dans l'élaboration de ce travail avec son crayon habile. Je lui adresse mes vifs remerciements et mon entière reconnaissance.

Avant-Propos

Les complications ou manifestations oculaires des oreillons, dit le Professeur Bonnet, sont relativement rares, étant donnée la fréquence de cette affection; elles peuvent porter sur les différents éléments du globe oculaire.

M. le Professeur Villard nous a communiqué un certain nombre d'observations personnelles et nous a invité à faire une revue générale en relevant dans la littérature les travaux parus sur cette question.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de relever un nombre assez élevé de ces complications oculaires. Nous les avons groupées suivant une division anatomique en résumant les observations et nous avons tâché de dégager de cette documentation les notions dominantes.

Introduction

Il nous paraît inutile de rappeler des notions bien connues sur la maladie ourlienne: les manifestations cliniques habituelles en sont présentées à tous les esprits: parotidite double, non suppurée avec localisations secondaires fréquentes sur le testicule et sur les méninges.

L'agent pathogène paraît être un virus filtrant. En 1909, Granata réalise la maladie expérimentalement, chez le lapin, en inoculant la salive parotidienne d'un malade, filtrée sur bougie. Gordon, Nicolle et Coureil, Mlle Wolsstein et d'autres, confirment et complètent cette expérimentation.

Il résulte de ces travaux que le virus ourlien est un virus invisible, incultivable, qui traverse les bougies Berkefeld et qui se trouve dans la salive des malades au début de la maladie, puis dans le sang. Inoculé au niveau du testicule, il provoque une orchite, par voie sous-durémérienne une méningite.

Bezangon et Philibert mettent la localisation nerveuse au premier plan et considèrent les oreillons comme une maladie des centres nerveux, due à un virus neurotrope analogue à celui de la rage, les localisations glandulaires étant secondaires; la projection de salive diffuserait le virus qui pourrait pénétrer par la conjonctive et gagner les centres nerveux.

Retenant l'affinité du virus ourlien pour les systèmes glandulaires, nous ne serons pas étonnés que les glandes lacrymales participent à l'infection et que nous puissions observer des dacryo-adénites. Cette manifestation est, en effet, une des plus fréquentes des manifestations oculaires.

Considérant, d'autre part, l'affinité du virus ourlien pour les méninges et pour le système nerveux, nous ne serons pas étonnés d'observer, avec une certaine fréquence des troubles des nerfs de l'œil :

1. Nerf sensoriel: nerf optique;
2. Nerf sensitif: trijumeau: exceptionnellement;
3. Nerfs oculo-moteurs: III^e, IV^e et VI^e nerfs crâniens: beaucoup plus rarement. -

Considérant la maladie ourlienne comme une infection générale avec du virus dans le sang, il n'y a rien d'étonnant à observer des localisations sur le tractus uvéal: iritis, irido-choroïdite, irido-cyclite, comme il peut s'en observer de toutes les infections sanguines.

Quant aux autres manifestations, elles sont beaucoup plus rares; voies exceptionnelles.

Signalons, dès maintenant, que nous ne connaissons pas d'examen anatomique intéressant les manifestations oculaires des oreillons à part les deux cas que nous signalons de thrombose de la veine centrale de la rétine où les lésions ne présentaient rien de particulier.

Historique

Les indications bibliographiques que nous rapportons à la fin de notre travail montrent que de nombreux auteurs ont étudié cette question; nous nous contenterons ici de signaler les travaux d'ensemble principaux.

C'est de Combeau, en 1867, qui, dans sa thèse, rapportant un cas de conjonctivite au cours des oreillons, paraît avoir, le premier, étudié ces manifestations.

Hatry, en 1876, attire l'attention, à propos d'une épidémie de caserne observée à Lyon, sur les lésions du nerf optique, entraînant des troubles de la vue plus ou moins importants.

Talon, également, médecin militaire, en 1883, fait une revue générale des complications oculaires des oreillons.

En 1902, Strzeminiski, de Wilna, rapporte certains cas personnels et les cas publiés jusqu'alors insistant sur la notion de dacryo-adénite, en général, bilatérales, aiguës ou subaiguës, « oreillons lacrymaux »; d'ailleurs, déjà notée par plusieurs auteurs et à laquelle Leriche, en 1893, avait consacré sa thèse.

La première observation d'iritis paraît avoir été celle que Péchin rapporte en 1901.

Parmi les travaux d'ensemble plus récents, nous devons signaler surtout l'article de M. le Professeur Villard, paru en 1927, la thèse de Tronyo, 1910, élève de Rollet, la thèse

de Lasvaladas, 1936, inspirée par le Professeur Teulières, enfin l'article récent, si documenté, du Professeur Bonnet, en 1937.

L'intérêt de l'étude de ces complications oculaires ourliennes a rebondi ces dernières années, par suite de la notion d'uvéoparotidite ou syndrome d'Héerfordt. Ce syndrome d'Héerfordt, peu connu des ophtalmologistes jusqu'alors, a été mis au premier plan par l'article de Toulant et Morard, 1936, et sureté ces derniers temps une foule de travaux de la part de nombreux médecins, oculistes et autres; ce qui a permis d'intégrer ce syndrome à la maladie de Besnier-Bæck-Schaumann.

Glandes lacrymales

L'inflammation de la glande lacrymale, ou dacryo-adénite, mieux connue des ophtalmologistes, est la moins rare de toutes les manifestations oculaires de la maladie. Elle est toujours bilatérale et peut être observée sous :

a) forme de dacryo-adénite simple, où la fluxion parotidienne est contemporaine ou précédant à celle des glandes lacrymales ;

b) forme de dacryo-adénite aiguë caractéristique mais non suppurative.

La symptomatologie dans les deux formes est presque toujours la même.

D'après M. le Professeur Villard, qui en a détaillé une excellente description, le début se caractérise par l'éclosion subite de douleurs vives occupant toute la région des deux orbites et s'irradiant vers le front et les tempes, avec œdèmes et rougeurs des paupières.

A la période d'état, paupières gonflées, surtout au maximum à la région lacrymale, luisantes, fortement hyperémisées et parfois même violacées, difficilement mobilisables. La conjonctive bulbaire, très congestionnée, est œdématisée et forme souvent un bourrelet chémotique, faisant hernie entre les bords palpébraux. La sécrétion lacrymale peut être exagérée ou diminuée, mais jamais purulente.

La cornée est intacte et l'œil est parfois légèrement exophtalme.

On palpe, dans la portion supéro-externe de la région oculaire, une masse profonde, arrondie, élastique, de dureté cartilagineuse, très douloureuse à la pression, qui n'est autre chose que la glande lacrymale.

A la période de résolution, qui n'excède pas quelques jours habituellement, la poussée fluxionnaire commence à tomber: les douleurs s'atténuent et disparaissent, le chemosis et l'œdème palpébral se résorbent peu à peu, ce qui permet de mieux sentir la glande lacrymale à la palpation profonde. La résolution complète exige plusieurs jours et, parfois même, plusieurs semaines.

La dacryo-adénite peut évoluer par poussées successives, qui ont été au nombre de trois dans l'observation de Karth.

Pour établir un bon diagnostic pour la dacryo-adénite ourlienne, on doit parcourir deux étapes: il faut d'abord reconnaître la présence d'une inflammation aiguë des glandes lacrymales, d'une dacryo-adénite; il faut, ensuite, préciser que cette dacryo-adénite est en rapport avec une infection ourlienne.

L'existence d'une dacryo-adénite aiguë n'est pas méconnue si l'on veut bien tenir compte des symptômes et caractères essentiels de cette affection: début brusque, œdème palpébral accentué surtout dans la portion supéro-externe du pourtour orbitaire, chemosis volumineux, exophtalmie légère, perception d'une masse profonde, dure, à la région de la glande lacrymale, douleurs vives, spontanées, exagérées par la pression sur cette région. Signalons, enfin, l'absence de sécrétion muco-purulente ou purulente; caractère de la plus haute importance, pour éliminer le diagnostic de conjonctivite aiguë.

L'origine ourlienne de la dacryo-adénite sera soupçon-

née lorsque l'inflammation de la glande lacrymale est bilatérale; elle sera affirmée facilement, dans le cas où elle évolue chez un sujet en puissance d'oreillons, et un peu plus difficilement quand les oreillons font défaut.

Le pronostic est très favorable puisque la dacryo-adénite ourlienne guérit dans tous les cas, d'une façon rapide et absolue.

Alors, on se bornera, au point de vue thérapeutique, à l'utilisation fréquente des compresses humides très chaudes qui auront l'avantage d'atténuer les phénomènes douloureux.

OBSERVATIONS

M. le Professeur Villard a relevé, par ses investigations bibliographiques, plusieurs observations: celle de Rider, Karth, Dufour, Hischberg, Fuchus, Schroder, Dor, Leriche, Adler, Carpenter, Sendral, Gordon, Norrie et Galezowski.

Joly, au cours de l'épidémie de 1903, observe 7 cas de dacryo-adénite bilatérale chez 37 malades, avec simple fluxion lacrymale et retour à la normale en deux ou trois jours. Dans un cas, cette fluxion lacrymale précéda la fluxion parotidienne.

Il en est de même dans l'observation de Sendral.

Ramond Goubert, en 1915, observent 115 malades atteints d'oreillons: dans 45 cas, apparaissent des complications oculaires, mais une seule fois une dacryo-adénite.

Salvati n'en observe que 14 cas en treize ans.

Bidault, en 1925, rapporte un cas de dacryo-adénite où le diagnostic erroné de conjonctivite avait été porté.

OBSERVATION I

(Résumée)

(Marc Dufour, *Revue Médic. de la Suisse Rom.*, juin 1890)

Un jardinier éprouve des phénomènes généraux, avec deux yeux gonflés et légère sécrétion conjonctivale et tuméfaction des glandes lacrymales, dure, grosse comme une petite noix. Après sept jours, les phénomènes ont diminué. Guérison après 15 jours.

OBSERVATION II

(Résumée)

(Karth, *Thèse de Paris*, 1883)

Après un état fébrile, gonflement énorme de la région parotidienne sous-maxillaire, œdème des paupières, absence du pus. Hypertrophie des glandes lacrymales. Après des phénomènes généraux complexes, le malade guérit en quarante-cinq jours.

OBSERVATION III

(Gailhard, *Thèse de Montpellier*, 1877, n° 41)

Homme. Porteur d'oreillons, il se présente avec les paupières supérieures tuméfiées. Pas de pus. Le malade a présenté du larmolement et de la photophobie et guérit en quinze jours.

OBSERVATION IV

(Combeau, *Thèse de Paris*, 1876)

Oreillons, orchite. Il se manifeste, dix jours après, une augmentation de volume en masse des deux paupières supérieures, qui guérit en huit jours.

OBSERVATION V

(Gordon Norrie, cité par Péchin)

Jeune fille de 11 ans, présente sécrétion muco-purulente de la conjonctivite et inflammation des deux glandes lacrymales. La parotide apparaît au troisième jour.

OBSERVATION VI

(Sendral. *Recueil d'Ophtalmologie*, 1901)

Fillette de 11 ans. Paupières tuméfiées, sécrétion, tumeur dure dans l'angle externe des deux yeux. Cinq jours après apparaît une forte tuméfaction parotidienne. Tout guérit en dix jours.

OBSERVATION VII

(Bidault. *Soc. de Méd. milit. française*, 2 et 16 juill. 1925)

Soldat, entré pour conjonctivite, douleur orbitaire et faciale. On constate outre la température à 38°, un chemosis bilatéral, œdème palpébral, gonflement des deux parotides. Puis la conjonctive apparaît, distendue. Le malade présenté, en même temps, un écoulement urétral. Tout phénomène a complètement disparu après huit jours.

OBSERVATION VIII

(L. Dor, *Lyon Médical*, février 1893)

Enfant de 3 ans, présente larmoïement et photophobie; rougeur conjonctivale. Deux tuméfactions dures et douloureuses sous-palpébrales. L'épidémie d'oreillons que l'enfant n'a pas eu, a amené à penser à une dacryo-adénite ourlienne.

OBSERVATION IX

(Hirschberg, *Centralbl. f. Augenh.*, 1890, p. 77)

Jeune fille de 15 ans. Fluxion des glandes lacrymales. Guérison en quinze jours.

OBSERVATION X .

(Résumée)

(Leriche. *Thèse de Paris*, 1893, n° 39)

L..., âgé de 47 ans, entrée pour affection pulmonaire et œdème des deux paupières supérieures, surtout bien marqué au niveau de l'angle externe de l'œil. Les glandes lacrymales forment une saillie résistante, élastique, cartilagineuse, douloureuse. Conjonctive saine. Absence de fièvre. Après un traitement, la résolution est complète au bout de quatorze jours.

A propos de ces manifestations lacrymo-glandulaires au cours des oreillons, une importante question se pose: c'est celle de savoir s'il faut rapporter à la maladie ourlienne l'inflammation isolée des glandes lacrymales, ce qui semble logique au cours d'épidémie d'oreillons, mais ce qui paraît beaucoup moins évident en l'absence de toute notion d'épidémicité. Marc Dufour en rapporte un exemple. Dor, Hirschberg, également. Tristaino, récemment, ainsi que J. Coppez (1932, 1934), en rapporte quatre cas (in Lasvaladas).

Mme Nicolau (1932) observe, dans l'hiver (1932-1933), 10 cas de dacryo-adénite aiguë primitive; bilatérale dans 9 cas, surtout avec fièvre à 38° en pleine santé; parfois, après quelques jours de fatigue générale avec état infectieux. Elle rappelle 240 cas qu'elle retrouve dans la littérature, de dacryo-adénite aiguë. Celle-ci apparaît, de temps en temps, sous forme d'épidémie, plus fréquemment en hiver. Cette dacryo-adénite considérée habituellement comme secondaire à des oreillons, à la grippe, à la blennorrhagie, ne présente, dans tous les cas, aucune étiologie déterminée. Elle a toujours une évolution bénigne rapide, bien que les recherches de laboratoire aient toujours été négatives. L'auteur conclut à une maladie autonome, due à un agent

spécifique, non encore connu et qui a une affinité spéciale pour la glande lacrymale; elle admet comme probable qu'il s'agit d'un virus filtrable semblable, mais non identique, à celui des oreillons.

J. Coppez (*Bull. de la Soc. Belge d'Ophth.*, 2 avril 1933) admet, et cette opinion paraît raisonnable, que les oreillons peuvent parfois se manifester par une dacryo-adénite, sans inflammation de la parotide.

Voies lacrymales

L'inflammation de l'appareil excréteur des larmes, ou dacryocystite, est exceptionnelle. M. le Professeur Villard ne relève que l'observation de Devèze et Sarradon, dans laquelle, au cours d'une conjonctivite ourlienne, il survint une dacryocystite muqueuse sans gravité, puisqu'elle est guérie spontanément en une dizaine de jours.

OBSERVATION

(due à l'obligeance de M. le Professeur Villard)

Mlle V..., âgée de 30 mois, est atteinte, depuis une semaine, d'oreillons d'intensité moyenne. Deux jours après le début de la maladie, elle a présenté un écoulement nasal bilatéral, franchement purulent et très abondant, nettement plus accentué du côté de la narine gauche. Il y a deux jours, c'est-à-dire trois jours après le début de cette rhinite purulente, elle a été atteinte d'un gonflement très douloureux de la région de l'angle interne de l'œil gauche.

Cette dacryocystite phlegmoneuse, absolument typique a été traitée par des compresses chaudes et guérit rapidement.

Dans le cas de M. le Professeur Villard, il semble que cette dacryocystite, dite secondaire à l'inflammation nasale, dépendant probablement elle-même de l'inflammation ourlienne.

Ces deux cas paraissent isolés. La dacryocystite doit donc être considérée comme une complication exceptionnelle des oreillons.

Conjonctive

Les réactions de la conjonctive sont intéressantes à étudier du fait que Bezançon et Philibert admettent que le virus ourlien peut y trouver sa porte d'entrée; il ne serait pas étonnant que cette pénétration du virus provoquât une réaction conjonctivale; en réalité, dans l'immense majorité des cas, il n'est rien signalé qu'une réaction banale et légère au niveau de la muqueuse conjonctivale, au début, ou dans les jours qui précèdent les manifestations habituelles de la maladie; réaction qui appelle d'ailleurs certaines réserves.

Ceci ne prouve rien, d'ailleurs, contre l'hypothèse de Bezançon et Philibert, rappelons que Marchant provoquait la lèpre chez le rat en installant des bacilles de Stefanski dans le cul de sac conjonctival, sans provoquer aucune réaction apparente de la conjonctive.

Sans doute, il n'est pas rare d'observer, au cours de la

maladie, une rougeur diffuse de la conjonctive, mais s'agit-il de conjonctivite?

Sur 115 malades, Ramond et Goubert contrôlent un certain nombre de conjonctivites, surtout bulbaires.

M. le Professeur Villard, après Sendral, pense que dans les nombreux cas signalés de conjonctivite ourlienne, le diagnostic doit être révisé: en effet, les auteurs signalent et soulignent l'absence de toute sécrétion muqueuse ou purulente; sécrétion qui leur paraît nécessaire pour affirmer le diagnostic de conjonctivite.

M. le Professeur Villard, reprenant l'opinion émise par Tronyo, est d'avis qu'il s'est agi vraisemblablement de dacryo-adénite atténuée (erreur du diagnostic typique dans le cas de Bidault, (1925): un malade lui est amené avec le diagnostic typique de conjonctivite purulente qui présentait, en réalité, une dacryocystite), ou d'une inflammation portant, non sur la conjonctive, mais sur les nombreux acini glandulaires, véritables glandes lacrymales aberrantes incluses dans les conjonctives.

OBSERVATION I

(Résumée)

(Haillot. *Thèse de Paris*, 1876)

Huit jours après la guérison d'oreillons, apparition d'orchite, conjonctivite double. Guérison 5 jours plus tard.

OBSERVATION II

(Combeau. *Thèse de Paris*, 1867)

Tuméfaction légère de la région parotidienne, orchite gauche, du 7 au 8 février. Le 17 février, double conjonctivite oculaire et palpébrale qui nécessite un traitement de huit jours.

OBSERVATION III

(Gailhard. *Thèse de Montpellier*, 1877)

Cultivateur atteint d'oreillons très développés. Paupières tuméfiées, bleuâtres, conjonctives oculaires infiltrées avec chemosis énorme. Vision normale. Absence de sécrétion purulente. Guérison, après 5 jours de traitement par des collyres.

OBSERVATION IV

(Strzeminski, *Recueil d'Ophthalm.*, 1902)

Constantin H..., âgé de 5 ans, présentait: rougeur de globe oculaire, gonflement de la paupière supérieure droite après l'angle interne, tuméfaction de la conjonctive palpébrale dans la moitié nasale, céphalée, malaise, température. Une tache qui se trouvait dans la conjonctive a été incisée et du pus s'écoulait. On a trouvé un engorgement sensible de parotides (oreillons).

Cornée

La kératite ourlienne, manifestation excessivement rare, se présente avec des caractères très particuliers d'infiltration diffuse, parfois segmentaire du parenchyme cornéen. Elle apparaît au cours même de la fluxion, plus souvent 6 à 8 jours après le début de la fluxion parotidienne (Bonnet). Elle est unilatérale.

La littérature nous fournit huit cas de kératite ourlienne. Bronner observa une forme ulcéreuse où l'évolution fut sérieuse, car il y avait une forte diminution de la

vision, après la guérison, à cause d'une taie centrale importante. Le malade de Settekorn avait un leucome central à l'œil gauche après une kératite ulcéreuse très tenace. La kératite du malade de Worthington évolue suivant le type interstitiel. Detray, rapporte, dans l'*Echo Médical du Nord*, en 1926, le cas d'un malade qui, au cours des oreillons, vit sa cornée s'opacifier en masse. Detray nota un aspect en treillage. Geis décrit une kératite parenchymateuse aiguë dans *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, (juillet-décembre 1921). Lundsgaard, ainsi que Geis, observa chez son malade un voile qui couvra la cornée au deuxième septenaire de la maladie. L'aspect fut assez alarmant, mais la guérison survint dans un délai de 8 jours à un mois, sans taie, ni altération de la fonction visuelle. On lit une observation de Dusseldorp (*Amer. Journ. of Ophth.*) en 1928, de kératite ourlienne chez un sujet de 32 ans. Cette kératite a causé un aspect en treillage très net de la cornée. Le malade guérit complètement.

Berg a publié 3 cas d'épiscélérte en 1927, débutant dix à treize jours après commencement de la maladie. Il a décrit un cas en 1931 (*Arch. d'Ophthalm.*, 1931, 108), sous le nom de sclérte péricornéale, débutant quatre jours après les autres signes cliniques, avec aspect net de la cornée à la paupière et opacité diffuse parenchymateuse, alors que le centre est clair, cas intéressant à la fois la sclérotique et la cornée.

Lasvaladas cite, dans sa thèse, une observation personnelle de son Maître, le Professeur Teulière. Il note des oreillons chez une malade. Quelques jours après la guérison, il a été observé une rougeur de la conjonctive de l'œil droit sans sécrétion appréciable, avec inflammation diffuse, légère, mais très rouge, occupant tout le centre de la cornée. 15 jours après un traitement préalable, guérison.

Ces 8 observations recueillies dans la littérature montrent combien les kératites ourliennes sont rares.

D'après leur description, il est malaisé de tracer un tableau clinique bien complet: trouble subit de la vision qui, en quelques heures, est réduite à la perception des mouvements de la main, l'œil est sensible à la palpation, on note un cercle périkératique intense qui traduit la réaction ciliaire; l'injection périkératique peut être discrète ou manquée, de sorte que la kératite apparaît comme manifestation isolée (Bonnet).

Dans une observation personnelle de Bonnet: la cornée est uniformément trouble; le trouble peut couvrir la cornée en totalité, prédominer au centre, ne laissant qu'une bordure périphérique transparente; il dessine dans la cornée un triangle à base limbique.

L'examen biomicroscopique (Bonnet) montre une buée épithéliale qui s'efface rapidement, un trouble dans l'épaisseur de la cornée avec un fin pointillé blanchâtre prédominant dans les couches profondes; les filets nerveux sont visibles ainsi que les plis de la membrane de descement; enfin, la présence est fréquente de précipités rétro-cornéens, malgré l'absence d'iritis: Schiek les attribue à la kératite elle-même.

Schématiquement, on peut distinguer deux formes de kératite ourlienne, qui évoluent selon les deux formes classiques des inflammations cornéennes:

a) Formes ulcéreuses à pronostic grave et évolution rapide qui peuvent aboutir à diminuer la vision;

b) Formes parenchymateuses, plus fréquentes, à pronostic bénin et évolution relativement courte, rapprochées par Lasvaladas des « kératites dites éphémères » décrites ces dernières années, reconnaissant comme elle et la kératite syphilitique, une origine endogène. Par contre, la forme ulcéreuse est manifestement consécutive à une infection exogène.

Dans tous les cas publiés, la kératite s'est atténuée rapi-

dément dès le quatrième jour. Notons l'évolution rapide de la forme interstitielle qui s'atténue pour disparaître rapidement en une quinzaine de jours (Teulières) environ, avec guérison complète. Actuellement, la kératite ourlienne est comparable à celle qu'on observe à l'occasion de certaines épidémies de grippe (Bonnet).

Les kératites sont traitées, généralement par des antiseptiques (uroformine, salicylate de soude), localement par application de compresses chaudes et collyres à l'atropine.

Sclérotique

Hutinel, le premier, en 1910, signale une épisclérite très tenace et très grave chez un jeune homme de 24 ans, à la suite d'oreillons assez bénins. Dans le chapitre de kératite, on lit l'observation de Berg où il y avait à la fois une kératite et épisclérite. Berg raconte: « L'hyperhémie sclérale diffuse était la même que dans trois autres cas que j'avais observé précédemment, mais la périphérie des deux cornées présentait une surface mate et des opacités diffuses parenchymateuses. La partie centrale cornéenne, par contre, était parfaitement claire ». On conclut de ce cas une affinité entre la sclérite péricornéenne et la kératite parenchymateuse bénigne observée dans quelques cas après les oreillons.

Colrat a publié, dans les *Archives d'Ophthalmologie* de décembre 1930: sclérite à sept jours après les oreillons avec rougeur considérable, douleur et photophobie discrète, dilatation des vaisseaux conjonctivaux, vaso-dilatation épisclérale qui persiste seule à l'installation d'adrénaline, douleur à la pression du globe. Guérison en quinze jours.

Bonnet et Colrat ont observé chez une jeune infirmière convalescente d'oreillons, un bouton d'épisléríte visible au biomicroscope dans une zone d'hyperhémie diffuse. D'autres observations ont été publiées depuis par Rieger.

On peut résumer, d'après Lasvaladas, « le début de scléríte ourlienne est sept jours après les oreillons, comme il est cité dans l'observation de Colrat. Elle s'annonce par des troubles subjectifs : légère photophobie, douleurs sourdes dans les yeux, sensibilité des globes oculaires à la pression. On constate à l'examen, une rougeur considérable des globes, vaisseaux augmentés de volume ; une instillation d'adrénaline rétrécit les vaisseaux superficiels, laissant la teinte rouge sombre plus profonde liée à la vaso-dilatation épislérale ».

Colrat note les globes oculaires normaux, cornée intacte, pas d'iritis, pas de lésion de la rétine. La vision est normale, peu de larmolement, absence de sécrétion conjonctivale qui éloigne le diagnostic de conjonctivite. La périphérie peut présenter une surface mate et des opacités diffuses parenchymateuses, mais la partie centrale reste parfaitement claire. Tous les troubles disparaissent au bout d'une semaine à quinze jours. On retrouve ici le caractère fugace des atteintes ourliennes, comme dans certaines névrites ou iritis.

La localisation des oreillons sur la sclérotique est donc très rare ; elle affecte uniquement la forme d'épisléríte, mais dont l'évolution peut être brève.

Capsule du Tenon

L'observation de Blanchard, citée par Bonnet, est un des rares exemples de la complication exceptionnelle des oreillons dite « ténonite ourlienne ».

Blanchard observé, dix-neuf mois après une atteinte d'oreillons, des signes de ténionite: légère exophtalmie bilatérale, larmolement, injection conjonctivale, chemosis, immobilité pupillaire; la pression sur les globes réduit l'exophtalmie et permet d'entendre un frémissement particulier donnant l'impression que les globes passent à frottement à travers une bourse séreuse.

Rateau cite récemment un cas analogue, insistant sur la douleur provoquée par la pression sur la poulie du grand oblique.

Ces deux observations semblent être les seules qui ont été publiées (l'apparition si tardive dans le cas de Blanchard permet d'ailleurs, de faire quelques réserves sur l'origine ourlienne de cette complication), c'est-à-dire le caractère exceptionnel de la localisation du virus ourlien sur la capsule de Tenon.

Iris et Corps Ciliaire

La rareté de l'iritis ourlienne explique la rareté des complications du tractus uvéal au cours de la plupart des maladies infectieuses générales. Ces manifestations ourliennes peuvent passer souvent inaperçues. Un certain nombre d'observations ont été signalées surtout, à la suite des travaux d'Hutinel et Darré. M. le Professeur Villard a la bonne fortune de recueillir des cas nouveaux typiques. L'observation de Mackay n'est pas d'une netteté suffisante pour qu'on puisse la retenir. Nous relevons brièvement les cas trouvés dans la littérature.

OBSERVATION I

a) Tronyo, dans sa thèse (1910), cite un cas d'une femme de 27 ans, 3 jours après les oreillons, iritis droite, puis gauche. Guérison avec iritis festonnés 15 jours après. A noter que la malade a eu antérieurement une poussée latente d'iritis.

b) Il rapporte également: un homme de 22 ans présente une iritis double avec douleurs assez violentes dans l'orbite 15 jours après les oreillons. Guérison complète sans synéchie en 15 jours.

OBSERVATION II

(Hack, *Archiv. f. Augenheilkunde*, 1909)

16 ans. Quinze jours après les oreillons, iritis droite. Douze jours après, guérison complète, sans synéchie.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le Professeur Villard,
Montpellier Médical, 1904)

Mme C..., âgée de 30 ans, est atteinte d'oreillons au commencement du mois de décembre 1902. Dans les derniers jours de la maladie, les yeux sont devenus rouges et douloureux. Le 10 décembre 1902, deux jours après le début de l'affection oculaire, une iritis séreuse a été décelée aux deux yeux. Traitée par l'atropine, elle a guéri rapidement.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD,
Archiv. d'Ophthalm., 1927)

M. G..., âgé de 33 ans, a été atteint d'oreillons le 12 mai 1913. Cette affection a eu une évolution sérieuse et s'est compliquée d'une orchite bilatérale. Environ une semaine

après le début de la maladie, à la période la plus aiguë de son évolution, il a commencé à se plaindre de l'œil gauche.

Le 29 mai 1913, on a noté: œil droit normal; V.O.D. = 1.

(Œil gauche: cercle périkératique, aspect terne et décoloré de l'iris, pupille très contractée, obstruée par des adhérences et des exsudats pupillaires, fond d'œil mal éclairable. V.O.G. = 1/50. Tn normal. Traitées par l'atropine, cette iritis ne tarde pas à s'améliorer et guérir complètement. Le 11 juin 1913, l'œil gauche a repris un aspect normal. V.O.G. = 0,8 à 0,9.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD,
Archiv. d'Ophtal., 1927)

Mme R..., âgée de 40 ans, a été atteinte, il y a douze jours, d'oreillons qu'elle a contractés en soignant un de ses enfants atteint de cette maladie. Depuis quatre jours, elle se plaint de l'œil droit.

9 mars 1927. Œil droit: cercle périkératique, trouble diffus de la cornée, surtout prononcé dans les lames postérieures de cette membrane et à sa partie inférieure, pupille contractée, douleurs spontanées, exagérées par la pression de la région ciliaire. V.O.D. = 1/50.

Cette iridocyclite, traitée par des injections de lait et des instillations fréquentes d'un collyre à l'atropine, a guéri complètement en quinze jours environ. V.O.D. = 0,9.

OBSERVATION VI

MM. le Professeur Villard, Viallefont, Teyssier, ont observé (*Arch. de la Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier*, juin 1937), un cas intéressant d'iritis ourlienne: Marcel D..., employé de bureau, âgé de 26 ans, vient à la consultation le 15 avril 1937, parce que, depuis quatre

ou cinq jours, il voit trouble de l'œil gauche. Il est en convalescence d'oreillons qui ont commencé, il y a quinze jours, de façon relativement bénigne, avec température autour de 38 degrés, compliqués, le quatrième jour, d'une orchite gauche. Mais ces troubles ont disparu quand le trouble oculaire est apparu. On ne relève rien dans ses antécédents personnels et héréditaires ni dans les recherches de laboratoire.

A l'examen: Œil droit normal. V.O.D. = L.

Œil gauche présente une acuité visuelle de V.O.G. = 0,4. Il y a une réaction conjonctivale et péricératique. La cornée présente un petit pointillé blanchâtre central, mais au biomicroscope montre qu'il s'agit de dépôts dans la chambre antérieure à la face postérieure de la cornée. La chambre antérieure a sa profondeur normale; l'iris est légèrement terne par rapport à l'iris droit.

Après un traitement atropinique, l'évolution se fait dans un sens favorable. L'acuité visuelle est remontée. V.O.G. = 0,7. Le 20 avril, il persiste des dépôts plus discrets dans la région centrale. V.O.G. = 0,9.

OBSERVATION VII

(Lasvaladas. *Thèse de Bordeaux*, 1936)

D... R., de 10 ans, atteint d'oreillons avec légère tuméfaction parotidienne. Cinq jours après, les parotides ont repris leur aspect normal. Cinq jours plus tard, conjonctivite, douleur aux deux yeux, objets flous, photophobie.

A l'examen: cercle péricératique très marqué aux deux yeux, iris gauche terne et décoloré, iris droit normal, papille contractée. Guérison complète après douze jours.

OBSERVATION VIII

(Teulières. *Thèse de Bordeaux*, 1936)

Mme D..., 51 ans, atteinte d'oreillons. Six jours après, rougeur de l'œil droit qui présente, un jour plus tard:

iritis subaiguë à forme séreuse avec cercle périkératique, photophobie, douleur spontanée à la pression du globe oculaire. Pas de synéchie, papille se dilate très mal. Œil gauche normal.

Les jours suivants, l'iritis droite continue à évoluer, puis quatre jours après, amélioration sensible, mais l'iris reste cependant congestionné et la pupille se dilate mal à l'atropine. Acuité visuelle = 6/10, fond normal, vitré flou. Guérison complète après vingt-six jours. Acuité visuelle = 10/10.

A ces cas typiques, on peut en ajouter d'autres, cités par différents auteurs. Ramond et Goubert ont observé un cas d'iritis passagère, lors d'une épidémie, Ortéga, deux cas en 1930. Mme Puscarin a pu noter (*Société Roumaine d'Ophthalm. de Bucarest*, 1929), deux observations d'iritis ourlienne: chez un enfant de 8 ans et une jeune fille de 20 ans, qui ont guéri rapidement quelques jours après la parotidite. Rollet (*Thèse de Lyon*, 1909), rapporte un cas d'iritis double, chez une femme de 27 ans, atteinte d'oreillons, compliqués de conjonctivite bilatérale, dacryo-adénite.

Collomb a observé: oreillons compliqués d'une iritis droite, guérit. Le malade revient, un mois après, avec une iritis gauche, guérit, avec synéchie. $V = 1/3$. Après quinze jours, $V = 2/3$.

Après la convalescence, le malade revient pour une iritis gauche: $V = 1/2$. Au bout de huit jours, guérison, $V = 1$.

Adams* raconte: Vingt jours après les oreillons, iritis double qui guérit très lentement avec des synéchies. Péchin également décèle une iritis ourlienne bilatérale après quarante-cinq jours d'une paralysie faciale. Cette iritis guérit en cinq jours, mais avec synéchies.

Micas décrit: a) Oreillons chez un malade. Onze jours après, paralysie faciale. A la neuvième semaine, iritis,

kératite, trouble visuel, abaissement de l'acuité visuelle avec synéchie postérieure.

O.D.V. = $1/2$. O.G.V. = 1 faible. Après un traitement : O.D.V. = $1/5$. O.G.V. = $1/4$. Guérison, mais l'acuité visuelle de l'œil droit n'était pas encore redevenue normale.

b) Une semaine après les oreillons, orchite, douleur testiculaire. Une semaine plus tard, larmoiement et picotement de l'œil droit. Un mois après, l'œil gauche a commencé de se prendre à son tour. Micas a constaté une iritis subaiguë. Acuité visuelle : $1/6$ à droite et $1/2$ à gauche. Guérison incomplète.

Heerfordt a contrôlé : a) Une iridocyclite double chez un enfant de 11 ans, atteint d'oreillons avec fièvre, névrite optique, papillite légère. Un mois et demi après, tout avait disparu. O.D.G.V. = 1.

b) Iridocyclite avec synéchie, chez un enfant de 14 ans, atteint d'oreillons, avec fièvre $38^{\circ}1$, parotidite persistante pendant un mois. Acuité visuelle $1/6$, paralysie de la déglutition et paralysie faciale droite. Trois mois après perte subite de la vue.

c) Iridocyclite double chez un domestique de 27 ans atteint d'oreillons ; après avoir guéri, il revient un mois après pour cette iridocyclite, synéchie, température à 38° , paralysie de déglutition et paralysie faciale droite et du recurrent gauche. Après un mois, V. = $1/3$.

Quand les oreillons se compliquent d'iritis, celle-ci se présente, ordinairement unilatérale ou bilatérale de trois à quinze jours après la flexion parotidienne (Lasvaladas). Elle peut évoluer :

a) Soit sous la forme d'une iritis simple qui se manifeste par la douleur, la décoloration de l'iris, la présence d'un cercle périkératique, l'iris terne et œdémateux, le myosis, hypotonie modérée, trouble visuel. L'évolution

est, en général, bénigne et l'iritis guérit, sous l'influence du traitement, en quelques jours.

b) Soit sous la forme d'une irido-cyclite à laquelle on ajoute aux signes précédents: la présence d'un dépôt plaqué à la face postérieure de la cornée (Villard), trouble de transparence de la cornée: signes de l'inflammation du corps ciliaire. L'évolution est sévère et traînante. Des synéchies postérieures peuvent persister à titre de reliquat.

Les cas de parotidite avec iritis ou iridocyclite ne doivent pas être tous intégrés dans la maladie ourlienne, car dans un grand nombre de cas, il s'agit, en réalité, de syndrome d'Heerfordt. C'est le mérite de Toulant et Morard d'avoir repris les cas publiés par Heerfordt, les cas de fièvre uvéo-parotidienne et d'avoir posé le problème qui paraît résolu à l'heure actuelle, car les travaux récents, la collaboration d'oculistes et de dermatologistes tels que le professeur Pautrier, permettent de penser qu'il faut rapprocher cette affection de la maladie connue sous le nom de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

Les mêmes remarques se posent, d'ailleurs, à propos de paralysies, notamment de paralysies associées à des parotidites. C'est pourquoi nous étudierons le syndrome d'Heerfordt dans un chapitre spécial et ses rapports avec la maladie ourlienne.

Rétine

Nous n'avons pas relevé dans la littérature d'observation de rétinite ourlienne. L'observation de Colin concerne un jeune soldat atteint d'oreillons et présentant une rétinite albuminurique typique, en rapport avec une néphrite d'ailleurs rapidement mortelle.

Peut-on rapporter à une atteinte de la rétine, les cas d'héméralopie observés par Fourniés à la suite de maladies ourliennes? Le premier malade fut observé pendant une épidémie d'oreillons coexistant avec une épidémie d'héméralopie, le deuxième neuf jours après le début des manifestations cliniques présenta une cécité nocturne qui dura six jours, mais trois mois après reparut, pour deux mois et pour une dizaine de jours, l'année suivante.

Plasson, en 1911, a rapporté un cas analogue.

Ces faits isolés ne paraissent pas probants.

Les vaisseaux rétiniens peuvent être intéressés, la thrombose de la veine centrale de la rétine a été, en effet, signalée deux fois. Würdemann observe une fillette de 8 ans qui, quinze jours après le début de la maladie, présente une thrombose de la rétine centrale; l'énucléation pratiquée un an plus tard pour accidents glaucomateux permit l'examen anatomique.

Woodward rapporte un cas analogue chez une fillette de 11 ans, qui présenta, un mois après le début de la maladie, avec signes méningés, une thrombose de la veine centrale de la rétine avec phénomènes glaucomateux; l'œil, finalement énucléé montra une rétinite proliférante à l'examen anatomique.

Corps vitré

Il n'est pas impossible d'observer des troubles du vitré au cours d'une maladie ourlienne; à la vérité, aucune hyalite n'a été signalée à notre connaissance, mais l'observation du Professeur Teulières fait mention de trouble du corps vitré persistant plusieurs semaines à la suite d'iritis.

L'attention attirée sur ce point permettra sans doute d'observer des cas analogues.

Nerf Optique

L'atteinte du nerf optique au cours des oreillons est fréquente, elle est parfois grave car elle peut provoquer la cécité. Parmi les observations publiées, on retrouve les différents types de lésion du nerf optique :

1. Névrite rétro-bulbaire ;
2. Neuro-rétinite, de laquelle nous pouvons rapprocher la papillite et même l'œdème et la stase papillaire ;
3. Atrophie optique, aboutissant à des formes graves de névrite optique.

Névrite Rétro-bulbaire

L'observation de Strzemiński concerne une jeune femme de 22 ans qui, alors que les oreillons s'amendaient, présentait une amblyopie de l'œil gauche, avec scotome central absolu, tandis que la vision périphérique était normale. La papille était sombre, à bords flous, avec rétrécissement des artères et dilatation des veines ; aggravation pendant quelques jours, puis amélioration, la vision revenant à 0,8 en trois semaines. Sept mois plus tard, la vision était normale, sans scotome, mais il y avait de la pâleur temporale du nerf optique.

Le soldat observé par Le Roux, qui porta le diagnostic de névrite rétro-bulbaire, présentait, quinze jours après le début de l'affection ourlienne, des troubles visuels bilatéraux, avec acuité visuelle de 1/4 et scotome central pour le vert et le rouge : la papille était simplement hyperhémique ; deux mois après tout était revenu à la normale.

Neuro-rétinite œdémateuse et stase papillaire

L'aspect objectif de névrite optique s'observe au cours des oreillons avec une fréquence relative. Disons tout de suite qu'il nous paraît souvent difficile de faire le départ

exact entre certaines névrites optiques, certaines neuro-rétinites et certains œdèmes papillaires.

M. le Professeur Villard, avec MM. les Docteurs Viallefont et Temple, insistant sur la fréquence bien connue des réactions méningées au cours des oreillons, se demande si, dans certains cas de névrite optique, il n'y aurait pas un élément d'œdème papillaire en rapport avec une hypertension du liquide céphalo-rachidien. La plupart des auteurs incriminent une lésion du nerf optique quand il y a baisse de la vision. Fourniées, par exemple, chez 65 malades relève 19 fois une diminution de l'acuité visuelle: impression de brouillard, troubles passagers qui s'amendent en quelques jours et disparaissent en deux ou trois semaines.

Certaines observations récentes publiées par M. le Professeur Villard et ses collaborateurs, MM. les Docteurs H. Viallefont et J. Temple, permettent de penser que les signes observés du côté de la papille peuvent être rapprochés des « papillites à virus neurotrope » sur lesquelles Bonnet, avec Dechaume et E. Blanc attire l'attention. Elles se manifestent, accompagnées, précédées, ou suivies, d'un cortège d'accidents méningés.

OBSERVATION I

(Van Duyse, *Arch. d'Ophthalm.*, 1908)

Une fillette de 8 ans qui, deux mois et demi après avoir été atteinte d'oreillons, ressentit une perte brusque de la vision, précédée de céphalalgie. Van Duyse constata « une double névrite optique rappelant celle des tumeurs cérébrales. Les veines sont dilatées et flexueuses, le disque optique est élargi, gris, rougeâtre, saillant; les artères sont en partie scellées dans la papille gonflée. Ni hémorragie, ni taches exsudatives. A droite, j'ai l'impression d'une papille affaissée plus grisâtre, à détails plus flous ». Trois semaines plus tard, des phénomènes méningitiques se

déclarent et évoluent, laissant, après deux mois, une parésie des membres supérieurs et inférieur gauche. La cécité demeure quasi-complète.

OBSERVATION II

(Aurand. *Lyon Médical*, 1931, t. II, p. 617)

Aurand, en 1931, décrit le cas d'une jeune fille de 22 ans qui, six semaines après les oreillons, présenta une céphalée tenace fronto-occipitale très douloureuse et persistante; quelques jours après, photophobie, brouillard couvrant tout le champ visuel des deux yeux. A l'examen, « la vision est réduite à droite à 4/10 et à gauche à 1/10. A l'examen ophtalmoscopique, les deux papilles sont rouges, à bords saillants, entourées de nombreuses stries rayonnées grisâtres. Il s'agit d'une double neuro-rétinite œdémateuse que nous attribuons à l'infection ourlienne récente. Trois mois après, la malade était guérie avec acuité visuelle normale. Les papilles sont redevenues normales, sans tendance à l'atrophie.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le Professeur Villard,
MM. les Docteurs Viallefou et Temple)

Soldat de 21 ans, atteint d'oreillons, accompagnés de céphalée, de troubles de la vision et des signes méningés, avait subi alors deux ponctions lombaires. Liquide céphalo-rachidien normal. Parti en convalescence, un mois après il dut être hospitalisé à son retour, vingt jours plus tard, souffrant de la tête, avec exacerbations extrêmement pénibles, « pendant lesquelles la vue se brouille ». L'acuité visuelle est normale (10/10). Le fond montre aux deux yeux, papille à contours flous et légèrement en saillie. On hésite entre névrite optique et stase papillaire, mais l'examen à l'ophtalmoscope binoculaire montre une modifica-

tion de relief très marquée qui fait affirmer une légère stase papillaire. Céphalées et vertiges conduisent à pratiquer une ponction lombaire qui met en évidence une hypertension de liquide céphalorachidien à 55 cm. d'eau; le liquide est normal. La ponction a amené une sédation très nette de la céphalée et troubles subjectifs de la vision. Cette observation met en évidence, d'après les auteurs, l'existence d'un syndrome d'hypertension intracrânienne évident, qui paraît être sous la dépendance d'une méningite séreuse.

Neuro-rétinite

La neuro-rétinite peut évoluer, dans certains cas heureux, vers la guérison complète, d'autre part, elle peut aboutir à des résultats fâcheux où les éléments nobles sont profondément altérés, en passant par certaines étapes :

1. *Hyperhémie simple de la papille:*

Les troubles visuels de cette phase peuvent être discrets, et fugaces sur lesquels le malade n'attire pas lui-même l'attention, aussi serait-il souhaitable qu'un examen oculaire systématique fut pratiqué chez tous les malades. C'est, d'ailleurs, ce qu'avait demandé aux médecins militaires le Comité technique, en 1889 (*Arch. de Méd. milit.*, 1889), à la suite du cas publié par Talon, 1883, de cécité complète de l'œil droit après névrite optique.

Joly, en 1903, pratiqua cet examen systématique: sur trente-sept malades, treize présentaient une baisse d'acuité visuelle, neuf présentaient des signes de papillite, cinq présentaient un rétrécissement du champ visuel, un seul malade conserva une vision défectueuse.

Joly attire l'attention sur la précocité de l'hyperhémie papillaire qui pouvait précéder ou accompagner la paroti-

dite et qui devait être recherchée systématiquement chez les sujets suspects d'avoir été contaminés.

Ramond et Goubert, sur cent quinze malades, ont observé le fond de l'œil de seize sujets se plaignant de troubles visuels. Ils ont constaté « chez tous une accentuation marquée de la coloration rosée normale de la papille, soit un flou de cette papille, dont les contours disparaissent, soit enfin un gonflement appréciable des veines rétiniennes. Ces diverses altérations sont passagères et disparaissent complètement avec l'inflammation des parotides. Dans un cas, les lésions rétiniennes étaient plus avancées, puisqu'il y avait un début de stase papillaire. Les troubles durèrent un mois après la guérison des oreillons.

2. *Papillite vraie:*

Les troubles visuels du premier stade; hyperhémie de la papille, peuvent s'accroître et on constate, cependant, les signes typiques de vraie papillite, mais les transitions sont insensibles entre hyperhémie papillaire et papillite, au point de vue de l'aspect du fond d'œil: la papille s'élargit, ses fonds s'estompent, sa coloration se modifie, elle se confond avec la rétine environnante, les veines se dilatent; de l'œdème avec surélévation de relief peut apparaître, les veines deviennent tortueuses et l'aspect du fond d'œil évoque, dès lors, une stase papillaire discrète: on peut y penser d'autant plus volontiers qu'une sémiologie neurologique accompagne volontiers les troubles visuels: céphalée, vertiges, signe de méningisme.

Dans la plupart des cas, les choses s'arrangent: la vision devient meilleure, puis normale, en même temps que l'aspect du fond d'œil redevient normal. Mais chez certains malades, il n'en est pas de même: la papille se décolore, devient franchement blanche, les bords sont irréguliers, les artères rétrécies, l'œdème disparaît, le diagnostic s'impose:

3. *Atrophie optique post-névritique:*

L'atrophie optique post-névritique, soupçonnée déjà par l'évolution de la maladie aboutissant à la cécité; telle est l'étape finale de la neuro-rétinite. Il est admis que ces névrites optiques reconnaissent pour cause une altération du nerf optique par les toxines de virus ourlien, par le même mécanisme analogue que les maladies infectieuses. Le Professeur Bonnet pense qu'il faut rapprocher certaines de ces névrites optiques des papillites à virus neuro-trope qu'il a particulièrement étudié avec Dechaume et Blanc.

OBSERVATION I

(Hatry, *Recueil de Mém. de Méd. militaire*, 1876)

Dix jours après le début des oreillons doubles chez un soldat, apparition de troubles visuels: brouillard, céphalée, conjonctivite, photophobie, acuité visuelle (1/10). Trente jours après, ces phénomènes disparaissent et acuité visuelle remonte à 4/5. Guérison.

OBSERVATION II

(*Id., ibid.*)

Troubles visuels: papille injectée entourée d'une zone blanchâtre, veines et artères volumineuses, observés chez un soldat huit jours après l'atteinte des oreillons.

O.D.G.V. = 2/3, remonte à 5/6.

OBSERVATION III

(*Id., ibid.*)

Troubles visuels cinq jours après le début d'oreillons. O.D.G.V. = 2/15. On constate une hyperémie papillaire. Quinze jours après, pendant qu'évoluait une orchite: O.D.G.V. = 1.

OBSERVATION IV

(*Id.*, *ibid.*)

Douze jours après les oreillons chez un soldat: orchite, convulsion, température 40 degrés, papille délimitée, vaisseaux volumineux, troubles de la vision. Guérison six jours après. Orchite.

OBSERVATION V

(*Id.*, *ibid.*)

Cinq jours après les oreillons: orchite, injection papillaire, zone d'infiltration péripapillaire. Après une semaine, guérison. O.G.V. = 1/5. O. D. V. = 2/13.

OBSERVATION VI

(*Id.*, *ibid.*)

Orchite, brouillard, troubles visuels, céphalée, observés chez un soldat atteint d'oreillons, six jours après le début ourlien. Hyperémie papillaire. Guérison en huit jours.

OBSERVATION VII

(*Id.*, *ibid.*)

Troubles visuels cinq jours après des oreillons compliqués d'injection palpébrale, orchite droite, disque papillaire diffus.

O.D.G. = 1/. Guérison en douze jours. O.D.G.V. = 4/5.

OBSERVATION VIII

(*Id.*, *ibid.*)

Dix jours après les oreillons, O.D.G.V. = 2/3. La papille est floue. Guérison en quinze jours.

OBSERVATION IX

(*Id.*, *ibid.*)

Troubles visuels apparus quatre jours après les oreillons: papille dilatée, injection palpébrale, vision abaissée. Guérison en huit jours. Orchite.

OBSERVATION X

(*Id.*, *ibid.*)

Huit jours après les oreillons chez un soldat: orchite, gonflement parotidien, papille dilatée ovalaire, veines double de calibre, papille injectée. O.D.G.V. = $1/2$, qui remonte au bout de douze jours. Orchite. Guérison.

OBSERVATION XI

(Talon, *Arch. de Méd. et Pharm. milit.*, 1883)

Ch... soldat. Vingt-sept jours après le début des oreillons, volumineux et compliqués d'orchite légère, sensation de brouillard, surtout de l'œil droite. Céphalées, nausées. A.V.D. = $1/10$. Papille fortement injectée, diffuse. Grosses veines et artères. Deux mois et demi après, atrophie blanche de la papille droite.

OBSERVATION XII

(Blanchard, *Bull. Médical*, 1899)

Soldat de 24 ans. Trente jours après le début des oreillons, diminution rapide de la vue. Trois mois après, à la suite d'une parésie du droit interne droit et un strabisme divergent transitoires, on constate une atrophie blanche double.

OBSERVATION XIII

(Sendral, *Recueil d'Ophthalmologie*, 1901)

Cinq jours après l'atteinte d'oreillons compliqués de signes cérébraux, le malade accuse des troubles visuels. Papillo-rétinite double. Dix jours après, l'acuité visuelle est réduite à $1/2$.

OBSERVATION XIV

(Dor, *Revue Générale d'Ophthalmologie*, 1900)

Homme de 25 ans. Un an après les oreillons, compte les doigts à 0 m. 25 à gauche, à 1 mètre à droite. Atrophie

blanche qui a évolué en dix mois. Très légère amélioration.

OBSERVATION XV

(Mölling, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1907)

28 ans. Huit jours après le début des oreillons, douleur dans l'orbite. Un mois après, atrophie du nerf optique droit, forte névrite optique à gauche.

OBSERVATION XVI

(Chevalier, *Ophtalm. Provinciale*, 1909)

Homme de 47 ans. Vingt-ét-un jours après les oreillons, sensation de brouillard. Deux ans après, A.V. = 1/50 à droite, avec atrophie blanche. À gauche, le malade compte les doigts à 3 mètres.

OBSERVATION XVII

(Simi, *Bolletino d'Oculistica*, 1896)

Huit jours après une atteinte d'oreillons, on constate une hyperémie bilatérale. Le malade voit trouble. Tous les accidents disparaissent en huit jours.

OBSERVATION XVIII

(Chavigny, *Bull. Médical*, 1910)

Soldat. Six mois après des oreillons qui ont duré vingt-sept jours, le malade sent sa vue diminuer. Deux ans après, cécité complète avec deux papilles blanches, naquées, unifornes et vaisseaux filiformes.

OBSERVATION XIX

(Plasson, *Bulletin Médical*, 1911)

Soldat. Oreillons sérieux, compliqués d'orchite. Un an après, diminution de la vue à droite, puis à gauche. Huit mois après, on constate que les papilles sont blanches et les vaisseaux atrophiés. A.V. = 1/50. Les couleurs sont mal perçues. Héméralopie.

OBSERVATION XX

(Ramond et Gaubert,

Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris,

1915, 3^e série, t. 39, p. 610)

Soldat de 22 ans. Quatre jours après les oreillons, conjonctivite, larmolement. Papille trouble, à bords flous: début stase papillaire. Guérison un mois après.

OBSERVATION XXI

(*Id., ibid.*)

23 ans. Début des oreillons le 24 novembre. Dix jours après, papille congestionnée à contours flous. Œil normal un mois après.

OBSERVATION XXII

(*Id., ibid.*)

23 ans. En même temps que le début des oreillons, brouillard devant les yeux. Papilles congestionnées à contours nets. Guérison quelques jours après.

OBSERVATION XXIII

(*Id., ibid.*)

Soldat de 25 ans. Oreillons compliqués de conjonctivite, papille floue, vaisseaux dilatés. Œil normal trois semaines après.

Enfin, Young, en 1933, a publié un cas typique de névrite optique ourlienne, avec guérison complète.

Ces observations, que nous venons de résumer nous fournissent des constatations bien intéressantes: l'atrophie optique est, dans la plupart des cas, bilatérale. Nous, ainsi que Lasvaladas, rapportons six cas d'atrophie optique double (Obs. XII, XIV, XV, XVI, XVIII, XIX) et un seul cas d'atrophie optique droite, unilatérale (obs. XI).

Reprenons nos observations et celle de Lasvaladas, nous

voyons que le début de la névrite optique après la tuméfaction parotidienne s'est effectuée :

le même jour	2 fois
4 jours après	2 fois
5 jours après	3 fois
6 jours après	1 fois
8 jours après	4 fois
10 jours après	4 fois
12 jours après	1 fois
15 jours après	1 fois

La guérison s'est effectuée au bout de :

quelques jours	1 fois
6 jours	1 fois
8 jours	4 fois
12 jours	3 fois
15 jours	2 fois
21 jours	1 fois
30 jours	4 fois
40 jours	1 fois
60 jours	1 fois

Aurand lui-même n'est pas d'accord sur son cas de double névrite optique, présenté en 1931, qui ne cadre pas avec cette règle, car les troubles visuels ont apparu quarante-trois jours après la maladie ourlienne, mais, en effet, la période de l'incubation est comprise dans les quarante-trois jours comptés. Ces troubles visuels apparaissent au moment de la localisation du virus ourlien sur les éléments nobles du nerf optique, après une phase de septicémie qui passe parfois inaperçue.

Les atrophies primitives du nerf optique paraissent rares ; il n'est, d'ailleurs, pas toujours facile, en dépouillant des observations, de préciser, en cas d'atrophie optique, à quel genre d'atrophie on a à faire.

On se bornera à traiter la névrite optique, généralement,

par: uroformine, la « septicémine », « Rubiazol ». L'emploi du sérum des convalescents est, à l'heure actuelle, à l'étude. Des résultats heureux ont été obtenus par l'amblyopiedés.

Nerfs oculo-moteurs

Parmi les paralysies oculaires, nous devons distinguer les paralysies intrinsèques et les paralysies extrinsèques.

Les paralysies intrinsèques peuvent porter sur le sphincter pupillaire. Elles portent plus volontiers, bien que rarement, sur le muscle ciliaire, réalisant une paralysie de l'accommodation.

Boas observa une fillette de 7 ans qui ne pouvait lire couramment qu'avec un verre de + 6, trois semaines plus tard après les oreillons. Bagneris également observa un enfant qui ne pouvait lire à 0 m. 30 qu'avec un verre convexe de 3,50 D.

Mandonnet cite: un enfant de 9 ans présente une diminution considérable de la vision, lecture impossible, trouble de la parole, légère dilatation des pupilles.

O.G.V. = + 0,50. D. et O.D.V. = + 1,50 D.

A.V.G. = 2/3. A.V.D. = 1/3.

L'usage d'un verre sphérique convexe de 4,50 D amenait une amélioration immédiate et la lecture devenait facile. Mandonnet note: manque absolu de lésion du fond d'œil, l'enfant était atteint d'oreillons depuis trente-neuf jours et a gardé le lit huit jours. Le diagnostic a été porté à une paralysie de l'accommodation.

Devèze et Sarradon rapportent un cas analogue.

Ces paralysies s'étaient manifestées dans la convalescence de la maladie ourlienne vers la troisième ou la quatrième semaine. Les signes sont ceux de la paralysie de

l'accommodation, que l'on observe, assez couramment, à la suite de diphtérie. La pupille était respectée, sans mydriase. Les observations de Mandonnet, Devèze et Sarradon, ne sont pas assez probantes pour être retenues. Celle de Mandonnet paraît concerner une paralysie diphtérique, étant accompagnée d'une paralysie du voile, si fréquente dans la diphtérie et nous n'avons pas connaissance d'autres cas de paralysie du voile d'origine ourlienne jusqu'à ceux de Butler. Celle de Devèze et Sarradon est incomplète, puisqu'il n'y a pas eu d'examen ophtalmoscopique pour savoir si les troubles visuels observés dépendaient d'une altération du nerf optique ou d'un fonctionnement défectueux du muscle ciliaire.

Les paralysies extrinsèques peuvent porter sur le III, IV ou VI^e nerfs crâniens. Les paralysies de la III et VI^e paires font partie des manifestations méningées et cérébrales, comme il a été noté dans l'observation de Chauffard et Boidin. Hutinel aussi signale les signes d'irritation méningée dans son observation.

Revilliod rapporte: A. C., de 7 ans, atteint d'oreillons. Quelques jours après, apparaissent, parésie de côté gauche de la face, parésie de deux muscles droits externes des deux yeux, paralysie du voile, langue déviée à droite. Guérison complète.

Un enfant observé par Butler, présentait une cycloplégie bilatérale accompagnée de paralysie du voile. On pensait à une paralysie diphtérique, mais les recherches de laboratoire furent négatives et l'épidémie d'oreillons qui avait atteint, quelques semaines auparavant, plusieurs enfants de la même famille, permit de rapporter le diagnostic à une paralysie ourlienne.

Un autre enfant, observé par Butler et Wilson, présentait, un mois après une atteinte bénigne d'oreillons, une paralysie de la III^e paire gauche, associée à une paralysie du voile du palais. L'examen bactériologique permit d'éli-

miner l'hypothèse d'une diphtérie. Cette paralysie guérit au bout de quatre mois. Seule persiste la parésie de droite supérieure et la paralysie complète de la pupille.

Ces observations sont rares. Elles sont évidemment en rapport avec l'affinité du virus ourlien pour le système nerveux et à ce titre, il faut les rattacher aux autres paralysies de nerfs crâniens ou aux autres manifestations purement neurologiques.

Dufour (Paris 1935), a consacré sa thèse aux polynévrites ourliennes, manifestations initiales de la maladie qui précèdent de plusieurs jours la localisation glandulaire avec évolution favorable et rapide. La paralysie faciale, par la lagophthalmie qu'elle entraîne souvent, intéresse au premier chef l'oculiste. Elle est parfois signalée dans les oreillons.

Remarquons tout de suite la fréquence relative avec laquelle le nerf facial est touché dans le syndrome d'Heerfordt; nous avons ici aussi l'occasion de discuter les rapports qui unissent les deux affections.

Trijumeau

L'atteinte du trijumeau, au cours des oreillons, est rare. Elle peut se manifester dans le zona, comme en témoigne l'observation de Sicard: un enfant de 12 ans observé au quatrième jour des oreillons, présentait un signe de Kéring léger, mais indiscutable. Ayant refusé l'hospitalisation, il revient, neuf jours après, pour une éruption de la face, au niveau de la région frontale sous-orbitaire et de la paupière supérieure (nerf sus-orbitaire), au niveau également du pavillon de l'oreille gauche hélix et anthélix (nerf auriculo-temporal). Le malade a présenté: vomissement, légère raideur de la nuque avec Kéring, température, 38°5. Le lendemain, nouvelle poussée légère zosté-

rienne, agrandissant les placards précédents et hémicœdème gauche de la face. Une ponction lombaire montre un liquide riche en lymphocytes. Les signes cliniques méningés disparaissent assez rapidement, les vésicules de zona ne tardent pas à sécher. Guérison complète.

Sieard attribue l'apparition du zona trigémellaire à l'extension du processus méningé au ganglion de Gasser.

Oreillons et Syndrome d'Heerfordt

L'article de Toulant et Mourard, de mai 1936, expose parfaitement les manifestations cliniques et l'historique du syndrome d'Heerfordt. Celui-ci se manifeste :

1. Par l'hypertrophie des parotides, presque toujours bilatérales, s'accompagnant parfois d'hypertrophie des glandes lacrymales, des sous-maxillaires, ou des glandes conjonctivales ;

2. Par des lésions du globe oculaire : iridocyclite bilatérale elle aussi, souvent résèque avec dépôts rétrocornéens, nodules iriens, troubles du vitré, synéchies nombreuses, pouvant déterminer une réclusion pupillaire — parfois lésion du fond d'œil : névrite optique, œdème papillaire, exceptionnellement hémorragies rétinienne ou foyer de chorio-rétinite ;

3. Par une fièvre légère ne dépassant pas 38 degrés ;

4. Par des phénomènes paralytiques : paralysie faciale, surtout, qui s'observe dans un tiers des cas environ et qui peut être bilatérale une fois sur trois, paralysie de type périphérique.

Paralysies oculo-motrices, notamment de la musculature intrinsèque.

Paralysies diverses du type polynévritique ;

5. Par des phénomènes accessoires moins constants : adénopathies, lésions diverses...

Mais ce qui différencie surtout le syndrome d'Heerfordt, c'est son évolution prolongée : six à quatre mois, que l'on peut décomposer en une période prodromique de plusieurs semaines, avec troubles divers d'ailleurs vagues, une période de début qui dure quinze jours environ pendant laquelle le tableau clinique s'installe, une période d'état où coexistent uvéite et hypertrophie parotidienne, d'une durée de plusieurs semaines ou de plusieurs mois ; enfin, une période de régression de plusieurs semaines également, pendant laquelle l'inflammation oculaire s'atténue et disparaît, laissant parfois des séquelles importantes, la tuméfaction parotidienne s'amenuise progressivement, et les signes divers disparaissent. L'affection peut être mortelle (cas de Lauter, de Garland et Thomas).

Nous n'insistons pas sur les théories de Moziniques invoquées : théorie ourlienne, théorie syphilitique, théorie tuberculeuse, théorie infectieuse. Les travaux récents de Pautrier surtout, permettent de concevoir le syndrome d'Heerfordt, non pas comme une entité clinique particulière, mais comme une forme clinique de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, qui se présente, d'après cet auteur, comme une réticulo-endothéliose, une « grande maladie générale dont les manifestations se produisent au niveau de la peau, des ganglions, des poumons, des os, de l'œil, des différentes glandes et différents viscères de l'organisme.

Histologiquement, les lésions sont constituées essentiellement par une infiltration des cellules épithélioïdes encadrées ou entrenuclées de lymphocytes, avec parfois, une cellule géante, mais sans jamais de follicule tuberculeux, de foyer de caséification, ni de bacille de Koch.

Cette maladie est bénigne ; l'on ne meurt à peu près jamais et les diverses lésions sont susceptibles de régresser spontanément.

Le rapprochement entre la lymphogranulomatose bénigne (maladie de Bernier-Bœck-Schaumann) et la fièvre uvéo-parotidienne, avait été fait par With, mais c'est à propos du malade de Lesné et Coutela, qui présentait, outre un syndrome d'Heerfordt classique, des lésions certaines du type sarcoïde que la démonstration put être faite par Pautrier: la biopsie eutanée ayant montré les lésions typiques de la maladie de Bernier-Bœck-Schaumann. Cet auteur put faire des constatations analogues sur la maladie de Dejardin et Coppez et sur la malade de Dieffenbach et font ces trois cas; il n'hésita pas à rattacher formellement à une maladie générale du système réticulo-endothélial dont l'origine reste d'ailleurs indéterminée, le syndrome d'Heerfordt.

Ajoutons enfin que les recherches récentes de Thomas, tendant à intégrer également la conjunctivite de Parinaud dans le syndrome de Heerfordt et la maladie de Bernier-Bœck-Schaumann.

Le rappel de ces quelques notions concernant le syndrome d'Heerfordt montre les analogies cliniques qu'il présente avec une maladie ourlienne s'accompagnant de manifestations oculaires et la longue évolution contrastant avec le caractère passager de l'autre, il serait dans bien des cas difficile de fixer cliniquement le diagnostic; aussi, doit-on faire quelques réserves sur certaines observations, où le diagnostic d'oreillons a été porté, peut-être à tort. Le syndrome d'Heerfordt s'accompagne lui aussi, parfois, de manifestations lacrymo-glandulaires, constamment d'iritis ou iridocyclite, volontiers de lésions du nerf optique, souvent de paralysie faciale et de paralysie oculaire.

Nous avons tenu à rappeler ces analogies cliniques qui illustrent bien la notion que des manifestations cliniques identiques peuvent ressortir à des étiologies très diverses.

Conclusions

La maladie ourlienne, maladie générale intéressant tout l'organisme, présente des affinités bien connues pour le système glandulaire et le système nerveux. Cette notion explique la fréquence relative des diverses localisations oculaires, manifestations et non complications de la maladie, fréquence qui paraîtra certainement plus grande, maintenant que les médecins ont l'attention attirée sur elles.

Bibliographie

- ADAMAS. — Rapport de l'inflammation de la parotide et de l'iritis. *The ophtalmoscope*.
- ANTONELLI. — Oreillons et parotidite épidémique. *Congrès International Médical*, Madrid, 1903, p. 642.
- AURAND. — Double névrite optique ourlienne. Guérison. *Lyon Médical*, t. II, p. 617.
- BAGNIERIS. — Paralysie de l'accommodation d'origine ourlienne. *Clinique Ophtalmologique*, 1902.
- BERG. — Sclérite consécutive aux oreillons. *Arch. d'Opht.*, 1931, p. 108.
- BIDAULT. — Un cas d'oreillons à manifestations oculaires : dacryo-adénite ourlienne. *Soc. de Méd. milit. fr.*, Paris, 1925, t. XIX, p. 176.
- BLANCHARD. — Neurite optique ourlienne. *Bull. Médical*, 6 décembre 1899, p. 1091.
- BOAS. — Paralysie de l'accommodation d'origine ourlienne. *Klin. Monatsblätter für Augenh.*, juill. 1886.
- BONNET. — Complications oculaires des oreillons. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1938.
- BRONNER. — Oreillons, kérato-conjonctivite, état typhoïde. *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1900, t. XXXVI, p. 331.
- BUTLER and WILSON. — Ocular paralyses following mumps. *British Med. Journ.*, 10 avril 1937, p. 752.

- CHAVINGNY. — Atrophie papillaire tardive d'origine ourlienne. *Bull. Méd. Paris*, 1910, t. xxix, p. 1118.
- CHEVALIER. — Névrite optique ourlienne. *Ophthalmologie provinciale et Centralblatt f. Augenh.*, 1909.
- COLLOMB. — Iritis ourlienne. *Revue Méd. de la Suisse rom.*, 1903.
- COLRAT. — Vaso-dilatation épisclérale et conjonctivale consécutive aux oreillons. *Arch. d'Oph.*, déc. 1930.
- COMBEAU. — Des oreillons. *Thèse de Paris*, 1867, n° 187.
- COPPEZ et DEJARDIN. — Un cas de maladie de Besnier-Bœck, ou lymphogranulomatose bénigne de Schaumann à manifestations oculaires. *Arch. d'Opht.*, 1938, p. 497.
- DAIREAUX (Pierre). — Paralysie faciale et iritis d'origine ourlienne. *Bull. Méd.*, juillet 1899, p. 227.
- DETRAY. — Kératite d'origine ourlienne. *L'Echo Médical du Nord*, 21 août 1927.
- DEVÈZE et SARRADON. — Deux épidémies des oreillons. *La Tribune Médicale*, 1906.
- DIEFFEUBACH. — Syndrome d'Heerfordt avec baladie de Besnier-Bœck. *S. O.*, 20 février 1938, p. 294.
- DOPTER et REPACI. — Contribution à l'étude anatomopathologique des oreillons. *Arch. de Méd. expérimentale*, 1909, p. 533.
- DOR (L.). — Daeryo-adénite ourlienne. *Lyon Médical*, février 1893.
- DOR (H.). — Névrite ourlienne du nerf optique. *Lyon Médical*, 1900, XLIII, p. 521.
- DUFOUR (Marc). — *Revue de la Suisse romande*, juin 1890.
- DUFOUR (Yvan). — Manifestations nerveuses ourliennes. *Thèse de Paris*, 1935.
- DUSSELDORP. — Keratitis from mumps. *Amer. Journal of Opht.*, 1928, p. 761.

- FOURNIÉ. — Complications des oreillons du côté des organes des sens. *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1885, t. i, p. 206.
- GAILHARD. — Oreillons. *Thèse de Montpellier*, 1877, n° 41.
- GALLAVARDIN. — Complications nerveuses des oreillons. *Gazette des Hôpitaux*, 1898.
- GEIS. — *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, juillet 1921.
- HACK. — Zur Casuistik Augenkrankungen bei Parotitis epidemica. *Arch. f. Augenh.*, 1909.
- HAILLAT. — *Thèse de Paris*, 1876.
- HATRY. — Considérations des troubles visuels observés au cours des oreillons (épidémie de 1875-1876), à Lyon. *Recueil de Mém. de Méd. de Chir. et de Pharm. milit.*, 1876.
- HEERFORDT. — Über eine Febris uveo-parotidea subchronica. *Arch. f. Opht.*, 1909.
- HIRSCHBERG. — Mumps der thranendrösen. *Centralblatt. f. Augenh.*, 1890, p. 77.
- HUTINEL. — Les oreillons et leurs complications. *Bulletin méd.*, 29 octobre 1910.
- JACQUEAU. — Atrophie optique post-ourlienne. *Lyon Méd.*, 1910, t. 114.
- JOLY. — Epidémie d'oreillons observée au 94^e Régiment d'Infanterie. Localisations oculaires. *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1903, p. 481.
- KARTH. — *Thèse de Paris*, 1883.
- LASVALADAS. — Complications oculaires des oreillons. *Th. de Bordeaux*, 1936.
- LERICHE. — Dacryo-adénite ourlienne. *Th. de Paris*, 1876.
- LE ROUX. — Complications oculaires des oreillons. *Arch. d'Opht.*, 1903, p. 655.
- LUNDGAARD. — Acute diffuse paranchymatous keratitis as a complications in parotitis epidemica. *Acta d'Opht. Kobenhavn*, 1923, p. 185.

- MACKAY. — Un cas d'uvéoparotidite avec irido-cyclopégie.
The British Journal of Opht., sept. 1917.
- MANDONNET. — Paralysie de l'accommodation et du voile
du palais consécutive aux oreillons. *Ann. d'Ocu-
listique*, 1903, p. 113.
- MICAS. — Iritis ourlienne. *Recueil d'Opht.*, 1907, p. 413.
- MÖLLING. — Neuritis optica noch mumps. *Munch. Med.
Wochenschr.*, 1907, LIV, p. 1098.
- NICOLAU (Mme) [Bucarest]. — Contribution à l'étude de
la docryo-adénite aiguë primitive épidémique.
Annales d'Oculistique, 1933, p. 772.
- ORTÉGA. — Dos casos de iritis de origen parotideo. *Rev.
cubana de oto-neuro-oftal.*, 1, 123, mars-avril 1933.
- PAUTRIER. — Conférence sur les lésions nerveuses de la
maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, syndrome
de Heerfordt. *Soc. O. N. O. de Strasbourg*, 12 fé-
vrier 1938.
- Syndrome d'Heerfordt, forme spéciale, d'une nou-
velle grande réticulo-endothéliose, la maladie de
Besnier-Bœck-Schaumann. *Soc. Fr. Opht.*, 1938
et *Arch. d'Opht.*, 1938, p. 689.
- Nouvelles remarques sur la maladie de Besnier-
Bœck-Schaumann, syndrome d'Heerfordt, en par-
ticulier sur la variabilité des modes évolutifs, sur
la variabilité de guérison des lésions et sur l'étiolo-
gie. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 29 avril 1938,
p. 708.
- PECHIN. — Complications oculaires des oreillons. *Soc. fr.
d'Opht.*, mars 1901, p. 405.
- PHILIBERT et BEZANÇON. — Oreillons. Pathologie médicale,
t. II, p. 304.
- PLASSON. — Atrophie papillaire post-ourlienne tardive
Bull. Médical, Paris, 1911, t. XXV, p. 179.
- PAGNON. — Formes cliniques de la maladie ouïlienne. *Th.
de Paris*, 1889.

- PROTHON. — Lésion du fond de l'œil. *Thèse de Lyon*, 1900.
- PUSCARIU (Mme). — Soc. Opht. romaine, 1929.
- RAMOND et GOUBERT. — Quelques complications oculaires au cours des oreillons. *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôpit. de Paris*, 1915, t. xxxix, p. 610.
- REVILLIOD. — Oreillons et paralysies multiples. *Rev. Méd. de la Suisse romande*, 1896.
- ROLLET. — Personnelle à lui à Lyon, 1909, sans indications bibliographiques.
- SENDRAL. — Oreillons oculaires. *Recueil d'Opht.*, fév. 1901, p. 65-70, avril 1901, p. 197-206.
- SCHROEDER. — Un cas de daeryo-adénite ourlienne. *Klin. Monatsblatter f. Augenh.*, 1891, p. 427.
- SIMI. — Ottalmopathie infettive. *Bolletino d'Oculitica*, 1896.
- STRZEMINSKI. — *Postemp. Okulistyczniz*, 1901, n. 10 et *Recueil d'Opht.*, févr., 1902, p. 65-70.
- TALON. — Atrophie unilatérale consécutive aux oreillons. *Arch. de Méd. milit.*, 1883, p. 103.
- THOMAS. — Conjonctivite de Parinaud et parotidite (relation avec le syndrome d'Heerfordt). *Soc. Opht. Ext.*, juin 1938, p. 382.
- THOMAS. — De Lavergne, Kissel, Thomas et Leitchtmann. Etude d'un cas de conjonctivite de Parinaud; sa parenté avec le syndrome d'Heerfordt. *Soc. Méd. des Hôp.*, 27 mai 1938, p. 965.
- TOULANT et MORARD. — A propos d'un cas de syndrome uvéo-parotidien (syndrome d'Heerfordt). *Soc. Méd. Alger*, 6 mars 1936.
- TRONYO. — Complications oculaires des oreillons. *Thèse de Lyon*, 1911.
- VAN DUYSSE. — Oreillons, névrite optique, méningite simple. *Arch. d'Opht.*, 1908, p. 281.

VILLARD. — *Montpellier Médical*, 1904.

— Dacryocystite suppurée d'origine ourlienne. *Arch. d'Ophthal.*, t. XLIV, n. 8, août 1927.

VILLARD, VIALLEFONT, TEMPLE. — Manifestations oculaires des oreillons: stase papillaire simulant une névrite optique. *Arch. de la Soc. de Sc. méd. et biol. de Montpellier*, févr. 1933, fasc. 2, p. 93.

VILLARD, VIALLEFONT, TEYSSIER. — Iritis ourlienne. *Arch. de la Soc. méd. et biol. de Montpellier*, juin 1937.

WITH. — La lympho-granulomatose bénigne (Bœck-Besnier-Schaumann, maladie juvénile) avec considérations spéciales sur son rapport avec la tuberculose et la fièvre uvéo-parotidienne. *Nord. Méd. Tidsskr.*, 1936, p. 1787-1795.

WOODWARD. — The ocular complications of mumps. *New York Méd. Journal*, 1904 et 1907.

YOUNG. — Mumps encephalitis report of case with bilateral aptic neuritis rapid and omplète. Blindness and complète recouvry. *New-Orleans U. et I. J.* 86, p. 25-26, juillet 1933.

Table des Matières

Preface.	15
Avant-propos.	16
Introduction.	17
Historique.	19
Glandes lacrymales.	21
Voies lacrymales.	27
Conjunctive.	28
Cornée.	30
Sclérotique.	33
Capsule du tenon.	34
Iris et corps ciliaire.	35
Rétine.	41
Corps vitré.	42
Nerf optique.	43
Neuro-rétinite.	46
Nerf oculo-moteurs.	54
Trijumeau.	56
Ocillons et syndrome d'Heerfordt.	57
Conclusions.	60
Bibliographie.	61

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

« Complications oculaires des
oreillons »

par Habib El Séfnawi

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 21 Novembre 1938.

Le Professeur :

VILLARD.

Vu :

Montpellier, le 21 Novembre 1938.

Le Doyen,

EUZÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 21 Novembre 1938.

Le Recteur,

PARISELLE.

